

Stationäre Borderline-Therapie: vorgestern, gestern, heute und morgen

Lieber Herr Dr. Lanter, lieber Herr Dr. Zöllner, liebe Gäste, Freunde und Kollegen, liebe Paulina. Und liebe Mitarbeiter in Hamburg, ohne die nichts geht! Und auch, womit ich nie gerechnet hätte: Liebe Patienten.

Der Titel meines Vortrages bedarf einer Art Präambel.

Üblicherweise ist ja heute heute und morgen morgen. Im Bereich der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, deren klinisch bedeutendste Gruppe die Borderline-Persönlichkeitsstörungen vorgestern wie heute darstellen, gilt diese Regel jedoch nicht. In manchen Krankenhäusern ist heute eigentlich gestern, in manchen vorgestern und manche meinen, dass in manchen Krankenhäusern heute morgen ist. Oder auch umgekehrt, morgen sei heute.

Ende der Präambel.

Vorgestern

Als ich begann, über diesen Vortrag nachzudenken, fiel mir als erstes ein, wie schwierig zu verstehen ich der einst die Veröffentlichung von Otto Kernberg (1975, dt. 1978) und Christa Rohde-Dachser (1979) empfand. Gleich danach fiel mir meine allererste Psychotherapiepatientin ein. Es war 1983. Psychotherapeuten waren in vielen psychiatrischen Kliniken Außenseiter; wir im Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll in Hamburg waren vier Außenseiter bei 1500 Patienten. Borderline-Stationen existierten in psychiatrischen Kliniken nicht. Mehr noch: Zu dieser Zeit war es völlig klar und auch in unserer Klinik selbstverständlich, dass die Diagnose einer Borderline-Störung oder auch Borderline-Persönlichkeitsstörung keinesfalls offiziell genannt werden durfte. Diese Patientin rief mich Jahre nach der Behandlung an und wollte mich sprechen, um mir zu berichten,

was für eine positive Entwicklung sie gemacht habe. In diesem Gespräch teilte sie mir mit, dass ich der erste gewesen war, der ihr damals die Diagnose einer Borderline-Störung gestellt hatte. Mir war dies gar nicht so in Erinnerung geblieben, ich war der festen Meinung gewesen, dass ich zumindest offiziell die Diagnose einer Angstneurose gestellt hatte. Diese Diagnose hätte meine damalige Chefärztin auch – wengleich zähneknirschend – durch Unterzeichnung des Arztbriefes mitgetragen, aber eine Borderline-Störung? Niemals!

Ich habe mir daraufhin die Krankenakte der Patientin noch einmal kommen lassen und siehe da: In meinen Therapieberichten hatte ich vieles benannt, was für mich heute ein sehr deutlicher Hinweis auf eine Borderline-Störung wäre. Diese Diagnose hatte ich nicht erwähnt, meine Erinnerung bezüglich der Angstneurose war richtig gewesen. Ich hatte also eine strikte Spaltung vorgenommen, zwischen der offiziellen Diagnose und dem, was ich mit der Patientin besprochen hatte. Man könnte dies störungserhaltend nennen, aber eine andere Möglichkeit hatte ich auch aus heutiger Sicht damals nicht.

Übrigens spricht rückblickend auch eine andere Episode für die Diagnose einer Borderline-Störung, die irgendwie sinnbildlich für den damaligen Umgang mit Borderline-Patienten sein könnte. Die damalige stellvertretende Stationsleitung, sich allzu offenkundig dem vermeintlich starken Geschlecht zurechnend, hatte diese Patientin auf jene Stelle geküsst, wo er eine intramuskuläre Injektion gesetzt hatte. Dieses war der Bereich des Gluteus maximus. Die Patientin – Borderline-Patienten lügen durchaus nicht immer – hatte mir dies berichtet, und ich erinnere mich, dass es mir zupass gekommen war, weil der damalige Stationspsychologe und ich begonnen hatten, gewissermaßen „aufzuräumen“. Dieser stellvertretende Oberpfleger wurde damals degradiert, der

Oberpfleger – ein Mann nach altem Schrot und Korn – strafversetzt, einzelne Pflegekräfte entlassen, einer hatte ein Strafverfahren am Hals. Die schlimmsten Auswüchse wurden aber auch mir damals nicht mitgeteilt, ich erfuhr sie von der Patientin in dem Gespräch Jahre später: So zum Beispiel die Gepflogenheit einzelner männlicher Pflegekräfte, weibliche Patienten „liebervoll“ zu wecken, indem die pflegende Hand im Bereich des Unterleibes der Patientinnen unter die Bettdecke geschoben wurde. Heute nennt man dieses sexuellen Missbrauch.

Auch fremdaggressive Handlungen an Patienten waren damals nicht so selten. Man nannte das „abwehren“. Der schon erwähnte Oberpfleger fiel mir – allerdings erst nach einiger Zeit – vor allem dadurch auf, dass er Patienten immer dann in Urlaub schickte, wenn diese psychotherapeutische Einzelsitzungen hatten. Ich machte es mir zur Gewohnheit, auch zu ungewöhnlichen Zeiten unvorhergesehen erweise auf der Station aufzutauchen und eines Tages hatte ich in gewissem Sinne Glück: Ein Patient flog gewissermaßen aus dem Dienstzimmer auf den Flurboden, mir direkt vor die Füße. Auch dieses war aus heutiger Sicht ein Borderline-Patient. Den Oberpfleger möchte ich hingegen undiagnostiziert lassen. Das Glück bestand darin, dass ich vorher keine Worte gehört hatte, dass die Pflegekraft sich angegriffen hätte fühlen können. Somit hatten wir endlich die Chance, diesen letztlich gewalttätigen und in jedem Falle psychotherapiefeindlichen Stationsleiter loszuwerden. Das machte damals ein wenig Aufsehen, weil noch niemals eine Stationsleitung in dieser Klinik strafversetzt worden war.

Damals gab es hinsichtlich einer Borderline-Therapie eigentlich nur Kliniken, bei denen aus heutiger Sicht vorgestern vorgestern war. Übereinstimmend wurde landauf landab angenommen, dass mehr als zwei, drei Borderline-Patienten eine Station de-

montieren würden. Deshalb wurde auf eine Limitierung der Zahl der Borderline-Patienten geachtet. Erstens aber war diese sowieso nicht einzuhalten, weil diese Patienten schon vorgestern zu zahlreich waren; und zweitens fühlen sich zwei Borderline-Patienten unter 20 schizophrenen Patienten bedroht: Borderline-Patienten haben eigentlich immer das Gefühl verrückt zu werden, ohne dieses letztlich zu werden. Und da die schizophrenen Patienten gewissermaßen die wirklich „Ver-Rückten“ sind und somit der Inbegriff dessen, vor dem Borderline-Patienten extreme Angst haben, verhalten sie sich natürlich Borderline-gemäß: Was mich zerstört muss zerstört werden. Insofern entsteht auf solchen diagnosegemischten Stationen eine strikte Hierarchie unter den Patienten, an deren Spitze in der Regel fremdaggressive Borderline-Patienten stehen, was dann zu Übergriffen sexueller Art, Misshandlungen und Nötigungen gegenüber den Schwächeren führt – und das sind eben meist die Schizophrenen.

Übrigens blieben Borderline-Patienten zumeist nicht lange auf einer solchen Mix-Station. Borderline-Patienten kann man wunderbar durch auf sie nicht zutreffende Konzepte vertreiben. Bei dem als „Entweichen“ vermerkten Fernbleiben von Station folgten sie eigentlich nur einem natürlichen Selbsterhaltungstrieb. Das war vorgestern so, gestern auch, heute und wird auch künftig so bleiben. Vorgestern – und ich rede hier von einer relativ kurz zurückliegenden Zeit, nämlich den 80er Jahren – gab es in Deutschland keine einzige Station, die auf die spezifischen Bedürfnisse in der Therapie von Borderline-Patienten ausgerichtet war. Die Folgen spüren wir heute noch manchmal. Manche damals gut „eingepflegte“ Patienten wenden heute noch jene „bewährten“ Methoden an, um sich in der Psychiatrie vermeintlich zu behaupten, letztlich aber retraumatisieren zu lassen: Auf nicht-spezifischen Stationen

agieren sie besonders oft parasuizidal, verletzen sie sich selbst, beleidigen sie das Personal und erreichen sie so das, was ihnen ihr Unbewusstes vorgibt – fixiert zu werden, zwangsuntergebracht zu werden, und letztlich nicht therapiert zu werden, sondern genau so behandelt zu werden wie dereinst in ihrer Familie: Es ist immer einfacher, den gewohnten Weg zu gehen, als einen neuen angstvoll zu beschreiten – auch wenn der alte Weg Retraumatisierung heißt. Natürlich gibt es auch heute so schwer gestörte Patienten, dass Zwangsunterbringungen und Fixierungen unvermeidlich sind, aber das sind wirklich nur sehr wenige. Die meisten Patienten, denen wir das heute antun müssen, haben das vorgestern und gestern in den Kliniken gelernt. So machten sie uns zu Tätern, die irgendwie auch Opfer waren. Und wurden selbst vom Opfer zum Täter, an uns und sich selbst.

Gestern

Von vorgestern, das mancherorts auch heute heißt, nun zum gestern, das mancherorts ebenfalls heute heißt: Ich rede von der Zeit etwa um 1990. Einzelne „exotische“ Ärzte und Psychologen begannen festzustellen, dass es so mit den Borderline-Patienten nicht weitergehen könne. Dieser Umdenkprozess fand übrigens mehrheitlich in Versorgungskliniken statt und weniger in Universitätskliniken, denn Borderline-Psychotherapieforschung ist aufwändig und zeitintensiv; sie bedarf eigentlich regelhaft der Fremdeinschätzung und einfache Fragebögen genügen nicht. Wenn der eine Weg, nämlich die quantitative Begrenzung der Borderline-Patienten, letztlich nicht funktioniert, dann lag es doch nahe, nicht die Zahl der Borderline-Patienten zu begrenzen, sondern die der schizophrenen Patienten gen Null gehen zu lassen, um spezifische Konzepte für die damals „Kotzbrocken“ genannten Borderline-Patienten anbieten zu können. In einzelnen Kliniken in Deutschland entstanden die

ersten Borderline-Stationen. Wir waren mit dabei.¹

Zu der Zeit des gestern – gemeint ist 1989 – war unsere Klinik so strukturiert, dass wir fünf allgemeinpsychiatrische Abteilungen hatten. Allgemeinpsychiatrisch heißt in diesem wie auch vermutlich in allen anderen Fällen, dass dort alle möglichen Stationen mit allen möglichen Patienten alle möglichen Therapien auf alle möglichen Weisen machen; mit anderen Worten: Alle machen dasselbe für alle und zwar völlig unbeeinflusst von der jeweiligen Störung des Patienten. Von den fünf allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der Klinik hatten die ersten vier jeweils eine eigene Aufnahmestation und somit die Möglichkeit, zu steuern, welche Patienten wohin verlegt wurden. Wir in Haus 19 gehörten zur fünften allgemeinpsychiatrischen Abteilung. Und wir gingen davon aus, dass die Klinikleitung angenommen hätte, dass die Klinik zwar den Ersten und Zweiten Weltkrieg überstanden hatte, aber niemals eine Borderline-Station überstünde. Also machten wir eine Borderline-Station möglichst heimlich auf und informierten nur die Assistenten der Aufnahmestationen. Diese behielten die „pflegeleichteren“ Schizophrenen nur zu gerne bei sich; ebenso gerne verlegten sie die rätselhaften und wenig kontrollierbaren Borderline-Patienten zu uns, denn Borderline-Patienten wurden zu jener Zeit von Mitarbeitern psychiatrischer Kliniken am liebsten von hinten gesehen. Wir machten jedoch nur gute Erfahrungen: Je homogener die Station mit Borderline-Patienten belegt war, desto effektiver und auch friedlicher konnte

¹ Und hierfür kann ich vor allem den früheren Mitarbeitern der betreffenden Station und aktuell den Mitarbeitern der Abteilung Persönlichkeitsstörungen/Traumafolgestörungen nicht genug danken. Und den Patienten, die uns gezeigt haben, wie eine gute Therapie aussehen könnte.

gearbeitet werden, desto mehr waren die Borderline-Patienten sogar hilfreich. Helfen ist eben ein diagnostisches Merkmal für Borderline-Persönlichkeitsstörungen, auch laut dem Diagnostischen Interview für das Borderlinesyndrom (siehe Gunderson 1985). Wider Erwarten flogen wenige Tassen, blieben die Spiegel heil, gab es keine Schlägereien, entstanden nicht Sodom und Gomorra. Wir entwickelten jenes therapeutische Vorgehen, das wir heute Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie nennen. Wir arbeiteten damals mit Skills, ohne zu wissen, dass später in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) (Linehan 1995) Skills einmal Skills genannt werden würden. Wir arbeiteten interaktionell, als wir von interaktioneller Psychotherapie noch nichts gehört hatten (Streeck, in Vorb.). Wir arbeiteten mit Übertragungen, als der Begriff der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (Clarkin et al. 2008) völlig fremd war. Wie bearbeiteten Mentalisierungsstörungen (Fonagy et al. 2004), als wir den Namen Fonagy noch nicht gehört hatten.

Dies alles taten wir nicht, weil wir so genial waren, sondern weil wir uns auf die Patienten einstellten, die uns aufgrund ihrer Störung und ihrer Beziehungsmuster das vorgaben, womit wir therapeutisch zu arbeiten hatten. Mehr war es nicht, allerdings auch nicht weniger. Nicht ohne Grund ähneln sich die manualisierten Therapieverfahren wie DBT (Linehan 1995) und Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) (Clarkin et al. 2008) letztlich so sehr, dass ich folgende Behauptung aufstelle: Übersetzte man einen TFP-Artikel in verhaltenstherapeutische Sprache und einen DBT-Artikel in die psychoanalytische Sprache, so gelänge es nur Fachleuten, herauszufinden, welcher Artikel nun die DBT und welcher die TFP beschreibt. Nicht dass die Therapieverfahren identisch wären, aber sie ähneln sich in wesentlichen Punkten – insbesondere in jenen zwei Punkten, dass

Struktur und Grenzsetzung sowie die Beziehung zwischen Therapeut und Patient von zentralster Bedeutung sind. Ob Kernberg, Rohde-Dachser, Linehan, Young, Fonagy und alle anderen in den Reihen dahinter: Wir sahen dieselben Patienten mit jeweils individuellen Augen, hatten mit ihnen dieselben Probleme und fanden alle ähnliche Wege der Behandlung – mit unterschiedlichen Gewichtungen entsprechend unserer theoretischen Ausrichtung und persönlichen Struktur. Somit hätten die spaltenden Borderline-Patienten erreicht, was nicht störungsgemäß ist: eine Annäherung zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse, eine Aufhebung der Spaltung in Glaubensfragen.

Zu jener Zeit war unsere Borderline-Station ständig von Schließung bedroht, weil spezifisches Arbeiten in Kliniken unüblich war und als aufwändig, aber unbewusst wohl auch bedrohlich erlebt wurde. Nicht umsonst lautet der am häufigsten geäußerte Satz in psychiatrischen Institutionen: „Aber das haben wir doch immer so gemacht!“ Ich habe damals behauptet und behaupte es weiterhin, dass es eine herausragende Fähigkeit unserer, aber auch anderer Kliniken war, spezifische therapeutische Konzepte zum Scheitern zu bringen – kaschiert als Notwendigkeiten zum Erhalt des Klinikablaufes. Dies geschieht am effektivsten durch Verlegung von eben nicht zum Konzept passender Patienten: beispielsweise jugendliche Patienten auf eine Station, wo man sich Demenzen widmen möchte, und gerontopsychiatrische Schizophrene auf eine Station, auf der man sich den Expressed Emotions bei jungen Psychotikern und ihren Familien widmen möchte. Wir hatten es bei den Borderline-Patienten ein wenig leichter, denn wie gesagt: Alle wollten sie loswerden. Um unsere Arbeit abzuschirmen fingen wir an zu publizieren. Geahnt haben wir nicht einmal ansatzweise, dass jenes Buch (Dulz u. Schneider 1995), welches die Arbeit

dieser Station beschreibt, ein Bestseller wurde und weit über 15.000 Mal gedruckt wurde.

Nachdem wir uns ein gewisses Renommee erarbeitet und sogar Zulauf aus dem gesamten deutschsprachigen Raum hatten, nachdem die Borderline-Station anhaltend nicht Sodom und Gomorra ähnelte, durften wir eine zweite Borderline-Station eröffnen – dieses Mal eine geschlossene Station, also eine für besonders schwer gestörte Patienten. Und wir machten die Erfahrung, dass etwas leichter gestörte auf der offenen Station eine gute Entwicklung nahmen, während schwerer gestörte mit der konfrontativen und deutenden Vorgehensweise und dem Bearbeiten von Realtraumatisierungen auf der offenen Station überfordert waren und eine im Vergleich zu früher sehr günstige Entwicklung auf der geschlossenen Station nahmen, die besonders behütend war und eine besonders haltende Umgebung im Sinne von Winnicott (1965, 1984) anbot. Verlegungen von der einen zur anderen Station führten aufgrund von daraus entstehenden Überforderungen bzw. Unterforderungen regelhaft zu Verschlechterungen: Spezielle Spezialitäten sind eben nicht beliebig und nicht austauschbar.

Es folgte die Phase der Verkleinerung der Psychiatrien als Folge der etwa 20 Jahre zuvor erschienenen Psychiatrie-Enquete. Auch wir in der Klinik büßten nach und nach Krankenhausbetten ein mit der Folge, dass insbesondere Stationen geschlossen wurden, auf denen besonders schwer kranke psychiatrische Patienten behandelt wurden. Auch die geschlossene Borderline-Station fiel dem Rotstich zum Opfer, so wurde der Fortschritt zu einem Opfer des vermeintlichen Fortschritts. Schwerst gestörte Borderline-Patienten wurden wieder nur verwahrt. Allgemeinpsychiatrisch und wohnortsnah.

Der Run von sektorfremden Patienten, für die wir formal nicht zuständig waren, die Verweildauer auf der ver-

bliebenen Borderline-Station, die Inanspruchnahme chirurgischer Konsile, aber auch die Unbequemheit und Non-Uniformität insgesamt führte nun zu immer wiederkehrenden Diskussionen, ob diese Station nicht geschlossen werden müsse, denn sie habe sich dem Auftrag eines Versorgungskrankenhauses entzogen. Ich selbst entging dem Gerüchtechaos und der daraus sicherlich resultierenden Resignation nur dadurch, dass ich nicht mehr in der Kantine zum Essen ging. Aus einer Art Deckung heraus behandelten wir Patienten weiter, lehrten und forschten auch ein wenig und publizierten weiterhin in dem uns möglichen bescheidenen Maße. Allein die Bekanntheit in Fachkreisen schützte uns und sicherte unser Überleben. Nach und nach entstand jedoch eine gewissermaßen komfortable Situation, die dazu führte, dass Kollegen neidvoll zu uns sagten: „Ihr habt ja immer die ganz interessantesten Patienten.“ Dieses wussten wir schon viele Jahre lang.

Heute

Nun wurde, und dieses gehört für mich zum Heute, unsere Klinik privatisiert. Ich selbst verband damit die Hoffnung, dass die Zeit zwischen Ausarbeitung eines Konzeptes und Entscheidung über eben dieses Konzept sich verringert von ursprünglich etwa drei bis 30 Jahren auf drei Wochen bis drei Monate. Diese Hoffnung wurde eingelöst. Unser neuer Ärztlicher Direktor hatte zuvor die Borderline-Station der Charité in Berlin geleitet und war wie wir ein Verfechter spezifischer therapeutischer Verfahren – ebenfalls in der empirisch belegten Gewissheit, dass sich dadurch die Prognose der Patienten eher verbessern lässt als dadurch, dass sie einen kurzen Fußweg in die Klinik haben. Die gesamte Klinik wurde umstrukturiert, alle allgemeinpsychiatrischen Abteilungen wurden Spezialabteilungen. Mir wurde die Leitung der Abteilung „Persönlichkeitsstörungen und

Traumafolgestörungen“ übertragen. Innerhalb dieser Abteilungen wurde weiter spezialisiert. Wir verfügen in unserer Abteilung heute über die klassische Borderline-Station für die Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie, über eine Station zur Krisenintervention und spezifischen Diagnostik, über eine Trauma-Station für Frauen, über eine Station für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Sucht, über eine Tagesklinik mit Schwerpunkt Traumafolgestörungen, über eine Ambulanz und eröffneten 2006 eine Station für junge Erwachsene, sämtlich Patienten mit Anpassungsstörungen, Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen. Diese gerade der Jugendpsychiatrie erwachsenen Patienten werden von den „erwachsenen“ Borderline-Patienten despektierlich „Baby-Borderliner“ genannt, was die „Baby-Borderliner“ nicht amüsant finden.

Wir sind also mittlerweile in der Lage, recht spezifisch Patienten aufzunehmen und zu behandeln. Weitere spezifische Konzepte haben wir in der Pipeline. Diese Spezialisierung entspricht sogar der Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975), der ja insbesondere die sozialpsychiatrisch ausgerichteten Politiker nachhängen, ohne diese Enquete je gelesen zu haben. Und deshalb wissen die Mächtigen nicht, dass schon die Enquete neben Ortsnähe Spezialisierungen für notwendig erachtete und sehr kleine psychiatrische Abteilungen für fachlich ungünstig hielt. Also das ablehnte, was bis heute Politiker mit Hinweis auf die Enquete mit Macht anstreben. Übrigens lehnen das auch die Patienten und deren Angehörige heute mehrheitlich ab. Heute gehört endlich nicht mehr die Mehrzahl der Psychiater zu den Gestrigen.

In einer zunehmenden Zahl von Kliniken wurden und werden Spezialstationen für Borderline-Patienten eingerichtet; in Norddeutschland gibt es zwei komplette Abteilungen für Persönlichkeitsstörungen (Bad Bram-

stedt und Hamburg) sowie zudem rund zehn Spezialstationen. In einer zunehmenden Zahl von Kliniken bedauern deren Leiter, dass ihre Klinik zu klein für eine solche Spezialisierung ist. Schizophrene Patienten werden in Kliniken immer weniger, Borderline-Patienten immer mehr. Und eben diese Borderline-Patienten sind über vorhandene oder eben nicht vorhandene Klinikkonzepte recht genau informiert, und sie entscheiden mit den Füßen, denn sie gehen dorthin, wo sie das für sie beste Konzept vermuten oder vorhanden wissen. Politiker planen weiter Kliniken nach dem Prinzip der Ortsnähe, und Patienten entscheiden sich nach dem Prinzip der Kompetenz. Somit haben wir bald viele kleine unspezialisierte psychiatrische Kliniken mit Ortsnähe und ohne spezielle Konzepte, aber eben auch ohne die zunehmend informierten Patienten, sprich: Die Betten bleiben leer. Und daneben existieren einige große Kliniken mit spezifischen Konzepten und ohne Politikerwohlwollen, dafür aber mit langen Wartelisten. Das ist moderne Psychiatrie. Und bürgerferne Politik.

Zur modernen Psychotherapie: Tatsächlich ist es heute noch so, dass wir selbst im besonders gut beforschten Bereich der Borderline-Störungen gar nicht wissen, welche Therapieverfahren für welche Borderline-Patienten besonders geeignet sind.

Das hören manche Protagonisten des einen oder anderen Borderline-Therapieverfahrens nicht gerne, aber dann geht es nicht um die Patienten, sondern um Pfründe, Lehrstühle, Ruhm und Glaubensfragen. Mir erscheint es trotz eigener klarer theoretischer Fundierung verwunderlich, wenn Psychotherapeuten – eigentlich professionell offene und tolerante Menschen – sich hinsichtlich der eigenen Haltung ebenso verbohrte verhalten wie religiöse Fanatiker. Sie geben vor, dass es den einen, den Königsweg gäbe und ignorieren dabei die Weisensvielfalt von Menschen; sie ver-

hindern Fortschritt. Diese Königsweg-kenner gibt es in der Psychotherapie noch, aber es werden offenkundig immer weniger. Diesen gilt die eigene Bedeutung, die Bedeutung der „eigenen“ Therapie und die Bedeutung eigener Überzeugungen und Erfahrungen mehr als Offenheit und Vielfalt – und führt somit zu Begrenztheit und Nichtberücksichtigung von rund 50% der Patienten, denn etwa der Hälfte kann jedes bekannte Verfahren helfen, ohne dass wir wissen, welche Hälften wo nun am besten „aufgehoben“ sind.

Es versteht sich von selbst, dass neue Verfahren nicht Wirksamkeitsnachweise erbringen können wie „herkömmliche“. Nur die Vertreter jener Psychotherapie-Richtungen, die mit einem vom Konzept und den empirischen Daten her belastbaren Wirkungsnachweis „auf die Welt gekommen sind“, sollten den ersten Stein werfen. Das Fehlen von Studien bedeutet eben nicht, dass „es“ nicht wirkt. Dürfte nur angewendet werden, was „bewiesen“ ist, hätten auch DBT und TFP niemals angewendet werden dürfen – mit der Folge, dass durch eine solche Haltung Patienten geschädigt worden wären.

Und ob die Wirksamkeitsstudien wirklich das messen, was sie vorgeben zu messen, ist ohnehin eine offene Frage; dies konnte in der Wampold-Studie (2001; siehe auch Berns 2004) aufgezeigt werden. Danach ist festzuhalten:

- Die allen untersuchten Therapieformen gemeinsamen, also generellen Wirkfaktoren machten rund 70% der Gesamtwirksamkeit aus.
- Die spezifischen Wirkfaktoren der verschiedenen Psychotherapieformen machten 0% bis höchstens 8% der Gesamtwirksamkeit von Psychotherapie aus.
- Der Wirksamkeitsrest von mindestens 22% sei wahrscheinlich überwiegend durch bisher unerforschte Therapeutenvariablen und durch spezifische Eigenschaften von Patienten bedingt.

- Die Wirksamkeitsunterschiede zwischen den verschiedenen Therapieverfahren seien geringer als zwischen verschiedenen Therapeuten innerhalb ein und desselben Verfahrens.

Es wunderte ja wirklich nicht, erzielten gut ausgebildete Psychotherapeuten mit hoher Überzeugung betreffs ihres spezifischen, womöglich selbst (weiter)entwickelten Behandlungsverfahrens bessere Ergebnisse allein schon wegen der persönlichen Präferenz als gut ausgebildete Psychotherapeuten, die „alle Patienten gleich gut“ behandeln, unabhängig von der Diagnose. Und: Es geht um die Passung zwischen Patient und Therapeut; Borderline-Patienten sind diesbezüglich oft ausgesprochen kompetent und manchmal sogar kompetenter als manche Therapeuten.

Wir (Dulz et al. 1998) haben vor zehn Jahren im Rahmen einer bundesweiten Umfrage untersucht, welche Einstellungen Kollegen zur Borderline-Therapie haben: Je höher ihr Spezialisierungsgrad ist, als desto weniger problematisch wird eine Borderline-Therapie angesehen. Insbesondere Spezialstationen scheinen den Problemen mit Borderline-Patienten gegenüber gut „gewappnet“ zu sein, während dies besonders in Kliniken ohne Spezialisierung weniger der Fall ist. Dies sehen wir – neben den eindeutigen Belegen durch Psychotherapie-Studien – als Indikator für eine bessere Versorgung in spezialisierten Kliniken: Kollegen mit Spezialkenntnissen fühlen sich bei der Behandlung von Borderline-Störungen weniger überlastet bzw. den spezifischen Anforderungen besser gewachsen. Überforderung – egal ob subjektive oder objektive – hingegen dürfte in jedem Fall Therapiequalität minimieren.

Unsere Ausweitung der Spezialisierung hat ganz konkret zu klinischen Fortschritten geführt: Wir behandeln heute ganz selbstverständlich Patienten, deren Prognose wir gestern als in-

faust bezeichnet und die wir gestern niemals in Therapie genommen hätten. Wir haben zunehmend Erfolge selbst bei Patienten mit antisozialen Tendenzen, ohne dass wir die Ergebnisse annähern zufriedenstellend finden. Und noch immer gibt es kein Sodom und Gomorra auf der Station.

Morgen

Das ist auch morgen nicht zu erwarten. Auszugehen ist für morgen von einer Entwicklung der weiteren Spezialisierung. Es liegt auf der Hand, dass Borderline-Patienten anders behandelt werden müssen als schizoide persönlichkeitsgestörte Patienten. Patienten mit einer Histrionischen Persönlichkeitsstörung bedürfen einer anderen Vorgehensweise als paranoide Patienten. Und ängstlich-vermeidende Patienten passen nicht unbedingt zu Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung oder einer Sadomasochistischen Persönlichkeitsstörung. Wöller und Tress haben hierzu erste Überlegungen angestellt (2005). Morgen werden wir für nahezu jede Persönlichkeitsstörung mindestens ein manualisiertes Psychotherapie-Verfahren anbieten können. Jedes davon wird besser sein als das, was man „treatment as usual“ nennt. Dabei sollte das spezifische Verfahren doch wohl aufgrund der besseren Prognose das „treatment as usual“ sein.

Überhaupt wird die Manualisierungsmanie fortschreiten. Und Therapieerfolge werden mittels Bildgebung objektiv messbar werden – dies allerdings wohl eher übermorgen. Hoffentlich werden wir auch konkret verwertbare Erkenntnisse haben, wie eine Passung zwischen Patient und Therapeut erfasst und berücksichtigt werden kann. Aber auch morgen werden wir natürlich kaum hinreichend verlässliche und kompetente Partner in der Politik finden; das stellt wohl einen weit größeren Unsicherheitsfaktor und eine Behinderung von therapeutischen Fortschritten dar als alles,

was aufgrund fehlender qualitativer oder quantitativer Forschungen noch im Ungewissen geblieben sein wird.

Auszugehen ist ferner davon, dass nicht nur alle etablierten Therapieverfahren wie DBT (Linehan 1995), TFP (Clarkin et al. 2008), Mentalisierungs-Basierte Therapie (Fonagy et al. (2004) und Schematherapie (Young et al. 2005) ihre Berechtigung haben. Es wird mit Sicherheit noch weitere Verfahren geben, die ebenso ihre Berechtigung in der Borderline-Behandlung haben werden, denn die Borderline-Patienten sind nun einmal sehr unterschiedlich (Dulz 2000). Morgen werden wir sinnvolle Borderline-Subtypen gefunden haben, die dabei helfen werden, das für den Patienten besonders geeignete spezifische Psychotherapie-Verfahren zu identifizieren.

Noch unterschiedlicher sind aber die Patienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen und es ist zu erwarten, dass der Verlauf der Persönlichkeitsstörungen umso günstiger ist, umso spezifischer auf das Störungsbild eingegangen werden kann. Es ist aufgrund der mittlerweile wieder zu kleinen Kliniken vermutlich wenig realistisch, aber dennoch wünschenswert, wenn es morgen spezifische Stationen gäbe für die Behandlung von Patienten aus dem A-Cluster, Patienten aus dem B-Cluster und ebenso Patienten aus dem C-Cluster – um etwas größere Einheiten zu finden, als es die einzelnen Persönlichkeitsstörungen darstellen, für die es jeweils mehrere spezifische Verfahren geben wird. Damit wird auch die Therapie von Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung deutlich weniger frustrierend werden, als es derzeit der Fall ist. Überhaupt werden diese Patienten eine große Gruppe der stationären Patienten darstellen, und das nicht nur in der forensischen Psychiatrie, sondern auch auf Psychotherapie-Stationen. Dementsprechend wird in der tiefenpsychologischen wie verhaltenstherapeutischen Fraktion mit Hochdruck an der Entwicklung spezifischer

Verfahren für Antisoziale Persönlichkeitsstörungen gearbeitet, auch und gerade jenseits der immer größer werdenden forensischen Kliniken.

Am schwierigsten zu behandeln bei Borderline-Patienten sind derzeit die Beziehungsstörungen. Die einzelnen Symptome bekommen wir relativ schnell in den Griff, aber die Beziehungsmuster: Möglicherweise führt der Schwachpunkt „Effektivität der Behandlung der Beziehungsstörungen“ dazu, dass die Lebenszufriedenheit vieler Borderline-Patienten auch bei relativer Symptomfreiheit nicht unbedingt immer groß ist.

Dieses führt zu dem letzten Komplex, den ich hier ansprechen möchte: der Sexualität unserer Patienten. Sexualität in der Psychiatrie war schlicht nicht existent. So meinte man. In unserer Klinik gab es vorgestern und teils auch noch gestern eine Männerseite und eine Frauenseite; in der Mitte war eine Kirche, aber die war evangelisch und das schützte vor gar nichts. Auf den Stationen meinten die Mitarbeiter, dass die Patienten keinen Sex miteinander hätten, aber irgendwie entstand doch das Gefühl, dass da etwas nicht stimmen konnte: Die Patienten strömten gegen Abend aus einem Wäldchen, die Männer nach links, die Frauen nach rechts, und so hieß dieses Wäldchen später Verlobungs-Wäldchen. Mit anderen Worten: Auch unsere Patienten lebten damals das, dem wir alle unser Leben verdanken, niederpotenten Neuroleptika zum Trotz.

Wir halten Liebesbeziehungen auf einer Psychotherapiestation für Borderline-Patienten nicht nur für unvermeidlich, sondern in vielen Fällen auch für Therapie förderlich. Das anhedonistisch-multivariante Sexualverhalten (vgl. Dulz 1993) der Patienten und die damit verbundenen Beziehungsstrukturen können nur in der Therapie bearbeitet und verändert werden. Ein Verbot von Liebesbeziehungen führt aus unserer Sicht dazu, dass Patienten die Chance ge-

nommen wird, möglicherweise das erste Mal in ihrem Leben zu erfahren, dass sie liebenswert sind, geliebt werden, begehrt werden, lieben und begehren können. Der Einwand besorgter Therapeuten in Bezug auf die entstehenden pathologischen Beziehungsmuster von Patienten geht aus unserer Sicht von einer Normalitätsvorstellung von Liebesbeziehungen aus, deren kritischer Betrachtung sicherlich auch viele äußerlich als „gesund“ geltende Beziehungen nicht standhalten könnten und die auf schwer gestörte Patienten schon gar nicht anzuwenden sind.

Ich gehe davon aus, dass zu einer guten partnerschaftlichen Beziehung auch eine gute Sexualität gehört. Das bedeutet, dass morgen bei unseren Patienten auch der Bereich Sexualität in der Therapie besser bearbeitet werden muss, als es derzeit der Fall ist. Heute wird er jedenfalls nicht schlecht bearbeitet, denn er wird gar nicht bearbeitet. Als zwei Kollegen und ich in den Vorbereitungen zu einem Buch über Borderline-Störungen und Sexualität waren, sprachen wir viele namhafte Kollegen an, damit diese für das Buch Beiträge schreiben sollten, zu spezifischen Themen des Bereiches „Borderline-Störungen und Sexualität“. Manche sagten gleich ab, sie hätten zu diesem Thema nichts beizutragen. Andere und gar nicht so wenige sagten zu, um nach einiger Zeit anzurufen und mitzuteilen, dass sie den Beitrag nicht liefern könnten, denn zu dem von ihnen zu bearbeitenden Thema gäbe es gar keine belastbaren Daten. Meine Entgegnung war immer dieselbe: „Wenn Sigmund Freud vorgestern sich darauf berufen hätte, dass er nichts schreiben könne, wozu es keine belastbaren Daten gäbe, hätte er nicht einmal die Studien über Hysterie geschrieben, geschweige denn die vielen anderen späteren Schriften, denen wir soviel verdanken, ob wir nun an sie glauben oder auch nicht.“ Mit dem Komplex „Borderline-Störung und Sexualität“ haben wir einen uner-

forschten Bereich vor uns, dessen Bedeutung allen therapeutisch Tätigen bekannt ist, dessen systematische therapeutische Bearbeitung aber sicher erst morgen geschehen wird; womöglich erst dann gelangen unsere Patienten zu mehr Lebenszufriedenheit. Mit viel Pech wird das erst übermorgen sein.

Aber das Übermorgen ist nicht Thema meines Vortrages.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

1. Berns U (2004). Spezifische psychoanalytische Interventionen. Kaum wirksam, doch unverzichtbar? *Forum Psychoanal* 20: 284–299.
2. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Schattauer, Stuttgart (2. Aufl.)
3. Deutscher Bundestag (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Drucksache 7/4200, 7. Wahlperiode.
4. Dulz B (1993). Der Begriff der „polymorph-perversen Sexualität“ bei Borderline-Störungen: Einwände und Alternativvorschlag. *Prax Psychother Psychosom* 38: 379–384
5. Dulz B (2000). Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart (S. 57–74)
6. Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg.) (2009). *Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie, Störungsbild und Therapie*. Schattauer, Stuttgart
7. Dulz B, Gümmer S, Hoffmann SO, Sachsse U (1998). Zum aktuellen Stand der Versorgung von Borderline-Patienten: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 201–208
8. Dulz B, Schneider A (1995). *Borderline-Störungen – Theorie und Therapie*. Mit einem Geleitwort von Otto F. Kernberg. Schattauer, Stuttgart
9. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart
10. Gunderson JG (1985). Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom. (Deutsche Bearbeitung: H. Pütterich). Beltz, Weinheim
11. Kernberg OF (1975, dt. 1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
12. Linehan MM (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Medien, München
13. Rohde-Dachser C (1979). *Borderline-Störungen*. Huber, Bern
14. Streeck U (2010, in Vorb.). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. In: Dulz B, Herpertz S, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart
15. Wampold BE (2001). The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings. Lawrence Erlbaum Associates, NJ/London
16. Winnicott DW (1965, 1984). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Fischer, Frankfurt/M.
17. Wöller W, Tress W (2005). Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. *Z Psychosom Med Psychother* 51: 110–127
18. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005). *Schematherapie*. Junfermann, Paderborn.